

# DIFFÉRENTS TYPES DE TECHNIQUES PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES

**Dr Jean-Michel Thurin**

75003 Paris, France

[jmthurin@techniques-psychotherapiques.org](mailto:jmthurin@techniques-psychotherapiques.org)

## OBJECTIFS

### PRINCIPES de base.

**P**armi les nombreuses psychothérapies existantes, trois d'entre elles sont suffisamment caractérisées et largement mises en œuvre pour pouvoir être présentées de façon succincte dans une perspective pédagogique : les psychothérapies psychodynamiques, les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) et les thérapies systémiques. Elles reposent sur des modèles théoriques différents, et, dans la pratique, la façon d'aborder les problèmes et de concevoir la relation thérapeutique n'est pas la même. Les frontières sont cependant souvent moins étanches qu'il le paraît, et l'approche est souvent ajustée aux caractéristiques de chaque cas lorsque l'expérience et la compétence du praticien le permettent.

### Psychothérapies psychodynamiques (psychanalytiques)

#### Principes théoriques

Les psychothérapies psychodynamiques se réfèrent à la psychanalyse. Elles mettent en relation les symptômes et la problématique actuelle du sujet avec les représentations psychiques issues de son histoire. Celles-ci s'expriment notamment dans sa relation à soi, aux autres, et à la réalité. Elles impliquent les concepts d'inconscient, d'instances psychiques, de défenses psychologiques et de transfert/contre-transfert. Le développement psychologique, ses fixations et ses blocages à certaines étapes participent au diagnostic fonctionnel.

Le travail psychothérapeutique se déroule au cours des séances à partir de la règle des associations libres. Il se poursuit le plus souvent entre elles et s'exprime notamment dans les rêves, les prises de conscience et le transfert. Ces psychothérapies peuvent être brèves quand leur objectif est de dénouer un conflit psychologique ou même ultrabrèves quand elles sont centrées sur l'analyse des éléments qui ont contribué à une crise. Cependant, elles ne sont généralement pas limitées dans le temps et peuvent durer plusieurs années dans les cas de troubles complexes impliquant des difficultés précoces et des traumatismes qui se sont inscrits profondément dans la personnalité.

Les psychothérapies psychodynamiques ont été initialement centrées sur la résolution de conflits psychiques associant des représentations inacceptables, inconciliables, ou liées à un événement traumatique. Elles ont progressivement intégré des approches spécifiques des pathologies de la construction du soi et du lien interpersonnel. Généralement associées à des deuils, des séparations, des troubles des interactions précoces ou des maltraitances, elles peuvent s'exprimer sous la forme de dépression anaclitique, troubles narcissiques, troubles de la personnalité « borderline », angoisse de séparation, boulimies. Ces pathologies sont souvent accompagnées de mécanismes de défense pathologiques tels que l'évitement, la projection, le déni, voire des addictions.

#### Modalités pratiques

Les psychothérapies psychodynamiques peuvent se présenter sous la forme de thérapie individuelle, de psychodrame ou de thérapie familiale. Elles s'appliquent aux adultes et aux enfants. La psychanalyse classique s'adresse à des personnes qui ont déjà une capacité de réflexion sur leurs fonctionnements psychiques et peuvent en aborder les aspects refoulés et conflictuels. Elle comprend au moins 3 séances par semaine, adhère précisément aux principes de la technique psychanalytique, et le patient est allongé. Les autres psychothérapies psychodynamiques sont utilisées pour des troubles circonscrits ou au contraire

sévères, qui nécessitent un ajustement précis de l'approche aux vulnérabilités et aux manques de la personne. Elles comprennent généralement 2 séances par semaine d'une durée de 30 à 45 minutes et travaillent concurremment sur la construction de la subjectivité dans la relation psychothérapique, la réalité psychique et la relation au monde.

Les techniques spécifiques appliquées mettent l'accent sur le travail de clarification, d'interprétation et d'analyse du transfert dans les situations de la vie et dans les productions et les interactions de la cure. Elles comprennent également l'élaboration des traumatismes, non seulement au niveau de leur impact direct mais aussi au niveau de leur retentissement sur la représentation de soi. Le thérapeute intervient aussi dans la construction et la stabilité du cadre, son aptitude à se représenter et à comprendre l'expérience de son patient, à l'aider à en exprimer les composantes contradictoires et refoulées, à contenir ses angoisses extrêmes et à le soutenir quand c'est nécessaire.

## Thérapies cognitivo-comportementales (TCC)

### Principes théoriques

L'approche cognitivo-comportementale se situe essentiellement dans le « ici et maintenant ». Elle est orientée vers la résolution de problèmes actuels. Le patient fait la plus grande partie du travail entre les séances (les « tâches à la maison »).

La TCC est une intervention relativement courte et est délivrée durant un nombre limité de séances. La terminaison est prévue. Cependant, les cas complexes et les troubles graves de la personnalité requièrent, quant à eux, un traitement plus long, ajusté aux besoins individuels.

Les TCC sont centrées sur les croyances erronées et les processus qui sous-tendent les détresses émotionnelles et les comportements qui les accompagnent dans des conditions psychologiques spécifiques. Ces biais interprétatifs sont rapportés à des apprentissages émotionnels ou comportementaux inadaptés ou pathologiques qui peuvent jouer un rôle direct dans la cause du syndrome. Certains événements traumatiques peuvent être à l'origine d'une attention sélective, de généralisations cognitives, voire de véritables réflexes conditionnés, court-circuitant les processus de pensée. Ces altérations peuvent être modifiées par un déconditionnement et une réorganisation des schémas cognitifs par apprentissage.

Les TCC se sont progressivement modifiées et intègrent désormais l'attention portée aux contenus de la conscience au cours de l'expérience (*mindfulness*), ce qui conduit plutôt à une approche individuelle du problème qu'à l'application d'une technique.

### Modalités pratiques

Les TCC peuvent se présenter sous la forme de thérapie individuelle, de thérapie de groupe, de couple ou de thérapie familiale (sous forme de psychoéducation et de résolution de problèmes).

Les séances sont limitées en nombre : 10 à 25 séances pour les troubles anxieux et la dépression, une centaine pour les troubles de la personnalité ou la réhabilitation des psychotiques. Les séances sont d'une durée de 30 à 60 minutes.

Les techniques comprennent la résolution de problèmes et l'apprentissage de la gestion des traumatismes psychologiques, à partir de différentes approches et techniques telles que l'exposition aux émotions (implosion ou *flooding*), les jeux de rôle, l'affirmation de soi et la résolution de problèmes en groupe.

La thérapie est initiée par une analyse de la motivation du patient, l'établissement d'une alliance thérapeutique et une analyse fonctionnelle. Celle-ci vise à comprendre un certain nombre de causes qui sont à l'origine des problèmes, distorsions cognitives et réponses comportementales, afin de guider la démarche thérapeutique à partir d'hypothèses communes au patient et au thérapeute en ce qui concerne les facteurs de déclenchement et de maintien du trouble.

## Thérapies systémiques

### Principes théoriques

Les thérapies systémiques sont apparues dans les années 1950 aux États-Unis. Elles ont conceptuellement une grande diversité d'origines et d'apports : psychodynamiques, biologiques, éthologiques, comportementaux et cognitifs, cybernétiques et systémiques. Elles comprennent les thérapies familiales et de couple.

Les thérapies familiales sont issues de plusieurs observations réalisées dans le cadre de troubles comportementaux et mentaux : le changement du patient se répercute souvent chez les autres membres de la famille ; les situations de violence se développent généralement dans un contexte d'interactions ; il existe des modalités particulières de communication familiale et de désignation de certains membres de la famille. Concernant la communication, Bateson et al. ont décrit les injonctions paradoxales qui consistent à formuler une demande à une personne tout en lui intimant un ordre contraire à travers le style utilisé. La pathologie schizophrénique a pu être associée à des conduites systématiques de cet ordre entre un membre de la famille et un autre (par exemple, lui demander de prendre plus d'autonomie, alors qu'il lui est signifié simultanément de ne prendre aucune initiative). Des interventions psychothérapeutiques ont ainsi été conçues pour rompre ce fonctionnement (thérapies interactionnelles brèves). Dans d'autres cas (thérapie familiale stratégique), le symptôme est abordé comme la manifestation d'un conflit de pouvoir à l'intérieur de la famille.

Certaines évolutions de la société (par exemple, mobilité géographique accrue, situation de concurrence et d'insécurité) peuvent être impliquées dans la production d'un symptôme ou d'un trouble, ce qui a conduit à l'adoption du terme systémique pour définir l'approche lorsqu'elle prend en compte ces éléments.

L'un des développements clés des thérapies systémiques a été d'élargir l'approche d'un problème psychologique, non seulement au-delà de son identification à une origine médicale mais aussi à la prise en compte des interactions qu'il entretient avec le monde. Les capacités de la personne et de son entourage à se saisir du problème, à le comprendre et à modifier au moins certains des dysfonctionnements qui participent à son maintien sont envisagées au même titre que les facteurs négatifs qui l'aggravent.

### Modalités pratiques

Les familles ou les couples sont généralement traités individuellement. Le thérapeute familial tente d'abord d'identifier les éléments qui préservent l'homéostasie de la famille ou du couple et leur fonction pour chacun des membres. Il établit un climat de confiance qui implique de sa part un refus absolu de prendre parti et de juger. Le travail est centré sur la communication et les relations, et plus généralement sur l'ensemble des règles implicites qui empêchent une évolution dans le système impliqué.

Il existe également depuis longtemps des thérapies de couple en groupe. Des thérapies de famille en groupe sont apparues plus récemment. Ces groupes travaillent plutôt dans une perspective éducative et d'acquisition d'outils pour faire face à certaines situations comme le stress.

Les thérapeutes travaillent généralement par deux. Il y a également souvent un collègue qui suit la séance à travers une vitre sans tain (avec l'accord de la famille) et qui peut ainsi apporter un regard externe dans des situations très impliquantes. Ces modalités ont permis de développer des techniques de formation particulières. Les thérapies systémiques ont lieu au rythme d'une fois toutes les deux ou trois semaines. Elles sont habituellement d'une durée d'une heure.

Les catégories de patients concernés sont non seulement les enfants (troubles anxieux, troubles de l'attention avec hyperactivité, troubles des conduites, autisme, troubles sexuels, troubles des conduites alimentaires) mais aussi les adultes dans un contexte de situations familiales très difficiles (découverte d'une agression sexuelle, pathologies du lien et de la structure symbolique) ou présentant différents troubles (psychose, addictions, dépression, troubles sexuels, des conduites alimentaires). Les thérapies de couple peuvent être centrées sur les problèmes relationnels et de rôle, ainsi que sur les dysfonctions sexuelles qui leur sont souvent associées.

### Comparaison des modalités d'abord des expériences du patient dans la psychothérapie psychodynamique et la thérapie cognitivo-comportementale

Il serait erroné de penser que les différentes techniques traitent des patients distincts à partir d'approches radicalement différentes. Certains facteurs de changement sont communs, tels que l'assurance du thérapeute, son empathie et son expérience,

sa motivation et celle du patient, la qualité de leur relation, mais la façon de mener les séances et d'aborder les problèmes peut être très différente. Par exemple, les thérapeutes cognitivo-comportementalistes suggèrent souvent explicitement de réaliser des activités pendant ou en dehors de la séance, tandis que les thérapeutes psychodynamiques interpersonnels hésitent à le faire à cause de leurs implications transférentielles potentielles. Une étude des traits distinctifs entre la psychothérapie psychodynamique interpersonnelle brève (PI) et les thérapies cognitivo-comportementales a été réalisée à partir d'un ensemble d'études. Elle permet de saisir de façon plus précise comment interviennent les thérapeutes de chacune des approches dans des situations similaires et la nature des changements recherchés. Les deux approches se sont distinguées dans sept registres.

**La place attribuée à l'affect et à l'expression des émotions du patient :** tandis que la PI encourage une évocation et une expression des émotions et des sentiments du patient avec l'objectif de révéler des problèmes plus inconscients, la TCC vise à contrôler, gérer, réduire, modérer ou expliquer l'affect afin de réduire le stress et permettre au patient d'éprouver un sentiment de soi davantage fondé sur la réalité.

**L'abord des expériences répétées et similaires des patients ainsi que des sentiments et des pensées qui les accompagnent :** lorsque ces configurations sont identifiées, un thérapeute cognitivo-comportementaliste peut commencer à mettre en doute ou à discuter des croyances adoptées depuis longtemps en tentant de fournir au patient des explications alternatives et de nouvelles perspectives. De son côté, le psychothérapeute PI semble se focaliser sur l'identification de configurations dans les relations du patient, les sentiments, la représentation de soi, avec l'objectif de porter les questions centrales à la conscience de la personne et de les interpréter.

**L'importance accordée aux expériences passées :** la PI considère que les expériences d'enfance du patient, les conflits non résolus et les relations passées affectent de manière significative la situation de vie actuelle de la personne, s'expriment dans les manifestations symptomatiques, et doivent être donc prises en compte dans la thérapie. En revanche, la thérapie CC accorde en premier lieu de l'importance aux pensées et aux croyances actuelles du patient, ainsi qu'à l'impact qu'elles ont sur le fonctionnement futur.

**La place donnée aux expériences interpersonnelles du patient :** dans la perspective PI, les relations interpersonnelles problématiques du patient interfèrent avec la capacité de la personne à accomplir ses besoins fondamentaux et ses désirs ; la psychopathologie est alors aussi envisagée comme le résultat de conflits entre la personne et des figures actuelles ou historiques de sa vie. À l'inverse, la TCC met l'accent sur les pensées illogiques ou irrationnelles du patient et ses croyances, se centre davantage sur ses expériences intrapersonnelles selon une perspective où la psychopathologie est conçue comme le résultat d'un fonctionnement intrapersonnel/cognitif inefficace, inefficace ou illogique.

## Qu'est-ce qui peut tomber à l'examen ?

Pierre est un homme d'une quarantaine d'années travaillant dans le service informatique d'une grande entreprise. Il vient consulter sur les conseils de son médecin généraliste à cause d'attaques de panique au cours desquelles il est convaincu qu'il va mourir. Elles se produisent chaque fois qu'il se sent enfermé et immobilisé (arrêt intempestif du métro, blocage dans un tunnel). Il pense que cet état est dû aux stress qu'il vit à son travail et recherche une aide pour ces stress auxquels il attribue la totalité de son problème. Six mois plus tôt, un nouveau chef de projet a été placé à la tête du service dans lequel il travaillait, poste que lui-même convoitait. Son propre projet a été annulé et il a été très affecté par le manque de confiance qu'il a ressenti lors de cette décision. Il a cherché un nouveau travail où il a trouvé un nouveau chef qui lui semble également dubitatif sur la façon dont il gère le nouveau projet. Il doit présenter dans un court laps de temps son plan pour le nouveau projet et est très inquiet de la charge et de l'angoisse que cela représente pour lui. Interrogé sur son histoire, il décrit une grande solitude quand il était

enfant. Ses parents étaient très occupés, en particulier son père, qui cumulait plusieurs emplois. Ce père était très strict, autoritaire, et avait l'habitude de le critiquer devant sa famille ou ses amis, conduisant Pierre à penser que ses résultats scolaires n'étaient jamais assez bons. Bien qu'il craignît davantage son père que sa mère, il n'était jamais sûr qu'elle le défendrait. De façon générale, elle était surtout préoccupée par elle-même et s'occupait plutôt de sa sœur, laissant Pierre affronter seul les sarcasmes de son père. Il évoque deux événements marquants de son enfance. Le premier est une réprimande du directeur de l'école à la suite d'une bagarre où il perdit son calme et frappa sauvagement un de ses camarades après qu'on l'ait lui-même trop attaqué. Le second est un enfermement dans la maison dont il tenta de s'échapper en descendant le long d'une gouttière et fit une chute qui aurait pu le tuer. Il vit actuellement assez seul, bénéficiant de l'amour de son épouse, mais redoutant l'effet que pourrait avoir chez lui la naissance d'un enfant qu'elle souhaite. Il craint en particulier de ne pas savoir l'élever et de reproduire les comportements durs de son père.

### QUESTION N° 1

Quels sont, dans ce cas, les principaux éléments qui le caractérisent : troubles et problèmes, facteurs précipitants, facteurs de vulnérabilité et de protection, fonctionnement psychologique et social (qualité des relations interpersonnelles, relation au stress, tolérance affective, mécanismes de défense et d'ajustement, utilisation des capacités, ampleur et profondeur des intérêts...), handicap ?

### QUESTION N° 2

Organiser ces éléments dans une perspective de compréhension du cas permettant d'établir quelques inférences causales et de définir un ou des objectifs généraux. Existe-t-il pour vous des éléments manquants ? Quel diagnostic catégoriel associeriez-vous à cette formulation ?

### QUESTION N° 3

Est-ce une indication de psychothérapie ? (Justifier sommairement votre réponse)



Retrouvez toutes les réponses et les commentaires sur [www.larevuedupraticien.fr](http://www.larevuedupraticien.fr) onglet [Références Universitaires](#)

OK

Différents types de techniques psychothérapeutiques

**POINTS FORTS À RETENIR**

- ➊ Reconnaître et distinguer les psychothérapies psychodynamiques, les thérapies cognitivo-comportementales et les thérapies systémiques à partir de leurs principes théoriques et de leurs principales modalités pratiques.
- ➋ Distinguer l'approche psychodynamique et l'approche cognitivo-comportementale dans sept situations fréquemment rencontrées en psychothérapie.
- ➌ Distinguer le diagnostic psychiatrique catégoriel de la formulation de cas.
- ➍ Distinguer dans un cas les principaux éléments potentiellement impliqués dans l'expression et le maintien d'un trouble et envisager les attitudes psychothérapeutiques qui peuvent lui donner une issue favorable.

**L'importance accordée à la relation thérapeutique :** alors que les thérapies PI et CC conçoivent l'une et l'autre l'importance de la relation et de l'alliance thérapeutique, la PI propose que la relation thérapeutique soit le véhicule ou la base du processus de changement. Le concept de transfert est essentiel à cette perspective en exprimant que les qualités qu'un patient attribue inconsciemment au thérapeute sont liées à des figures ou à des relations précoces dans sa vie. Le thérapeute utilise cette interaction pour identifier les modalités fixes ou conflictuelles du patient de se comporter avec les personnes qui ont pour lui de l'importance. Dans la thérapie CC, le patient et le thérapeute sont appréhendés comme « des collaborateurs scientifiques » enquêtant et testant la validité des pensées du patient.

**L'exploration des désirs, rêves ou fantasmes des patients :** la PI considère que les désirs, les rêves, et les fantasmes donnent des indications importantes du fonctionnement inconscient du patient. En revanche, la TCC tend à être davantage centrée sur la réalité et sur le problème/symptôme, mettant l'accent sur le présent, les pensées conscientes et les croyances du patient.

**L'exploration des tentatives du patient d'éviter certains thèmes ou de freiner le progrès de la thérapie :** alors que la thérapie PI prête attention aux obstacles qui entravent le progrès de la thérapie et les explore afin de découvrir leur signification (inconsciente) en rapport avec ses objectifs et avec la relation thérapeutique, la TCC semble moins se préoccuper des perturbations du progrès de la thérapie.

**Les différences entre PI et TCC sont donc significatives.** Il est toutefois important de préciser que certaines d'entre elles peuvent se réduire au fur et à mesure que l'expérience du praticien se renforce.

**Diagnostic catégoriel et formulation de cas**

De façon générale et encore davantage s'il est réduit à l'axe I, le diagnostic psychiatrique classificatoire (DSM-IV ou CIM-10) ne permet pas de déterminer l'approche psychothérapeutique appropriée à un cas particulier. Il doit être complété par une formulation de cas issue des données des premiers entretiens.

Celles-ci renseignent le thérapeute sur l'histoire du patient, ses traits de personnalité, son fonctionnement et les facteurs du contexte actuel qui ont pu le conduire à solliciter l'aide de son médecin généraliste, du psychiatre ou du psychologue. Le fait qu'il s'agisse d'un enfant ou d'un adulte, le caractère isolé ou non du problème ou du trouble d'appel, sa nature, l'existence d'un événement déclenchant particulier, ayant des répercussions dans le champ relationnel, la connaissance d'antécédents psychopathologiques et de consultations précoces, la notion de relations familiales difficiles et de troubles de la personnalité constituent une configuration plus ou moins complexe. Son organisation permet un début de compréhension des causes qui contribuent à l'exacerbation et à la pérennisation du trouble, de leurs relations, la définition d'objectifs et la conception d'une approche ajustée pour les atteindre dans le contexte donné. La conscience qu'a le patient de ses difficultés, l'articulation de sa demande, sa motivation pour passer un moment difficile ou changer plus profondément des fonctionnements dont il reconnaît le caractère gênant et même pathologique participent à ce choix ou à cette construction. •

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

**POUR EN SAVOIR +**

Monographie.  
**Dépressions de l'adulte**

Rev Prat 2008;  
58(4):359-408

Widlöcher et al. Choisir sa psychothérapie : les écoles, les méthodes, les traitements. Paris, Odile Jacob, 2006.

Thurin JM, Thurin M. Évaluer les psychothérapies. Méthodes et pratiques. Paris, Dunod, 2007.